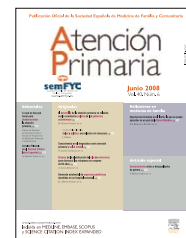




## Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



## EDITORIAL

# El concepto de diagnóstico en medicina de familia: ver un paisaje. El diagnóstico en medicina de familia

## The diagnostic concept in family medicine: A view of the landscape. The diagnosis in family medicine

José Luis Turabián<sup>a,\*</sup> y Benjamín Pérez Franco<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud “Polígono Industrial”, Toledo, España

<sup>b</sup>Centro de Salud “La Estación”, Talavera de la Reina, Toledo, España

Disponible en Internet el 25 de noviembre de 2009

“... Salía a dar mis paseos y me daba cuenta de que todo el paisaje había tomado en los últimos meses un cierto color extraño por causa de mis dolores. Aquí y allá se veía algún árbol que me hacía mucho daño... El dolor es un paisaje”.

(Gustafsson L. Muerte de un apicultor. Barcelona: Círculo de Lectores; 1987)

### Los ramajes desnudos contra el cielo plumizo, como letras de una lengua extranjera que se esfuerzan por decir algo

El proceso diagnóstico es una operación mental a través de la que se identifica la enfermedad y se la evalúa<sup>1</sup>. En la facultad hemos aprendido a ver las “figuras del paisaje”—la presentación actual del síntoma— y a olvidar el entorno. Pero en medicina de familia (MF) es muy importante percibir primero “el fondo del paisaje”<sup>2</sup> (tabla 1). La complejidad de la MF está en la contextualización de la asistencia médica en cada paciente. El episodio de enfermedad es una parte de la totalidad de un paisaje<sup>3–6</sup>. A lo largo de la biografía de la persona, la enfermedad aparece entre ésta y su contexto relacional. El paciente no tiene una enfermedad, sino que hace su enfermedad<sup>7</sup>. Más que una historia clínica, el análisis debería ser una geografía: diagnósticos-pacientes

como ríos, desiertos, cascadas, mares, playas, bosques, tormentas...<sup>8</sup>

### Como las lámparas encendidas en una noche de verano atraen a las mariposas

Los médicos de familia (MdF) estamos entrenados para trabajar con enfermedades, pero en la consulta se nos presentan síntomas —dolor torácico, astenia, mareo, etc.— que parecen atraídos por causas biológicas, pero éstos son, en la mayoría de los casos, de origen predominantemente psicosocial más que de causa biológica: el 60% del dolor abdominal y el 80% del dolor torácico son de origen no orgánico. Al menos un tercio de los síntomas carecen de base orgánica clara<sup>9</sup>. La idea de que los pacientes visitan a los médicos por razones físicas está sacada de la experiencia de la planta hospitalaria, y tiene que descartarse en MF.

Las categorizaciones clínicas sobre la base de la dicotomía mente-cuerpo suelen conducir al intento de descartar primero lo orgánico antes de realizar el abordaje terapéutico, con el consiguiente riesgo de resultados falsamente positivos, el incremento de la ansiedad del paciente y el refuerzo del ciclo sintoma físico-consulta-prueba diagnóstica<sup>10</sup>. En el ejemplo de la tabla 1, mirar primero la “figura” da origen al diagnóstico de “ojo seco”; pero esta conclusión se transforma, tal vez, en “el no querer ver una situación” (psicosocial) si nos fijáramos inicialmente en el “fondo”. En consecuencia, es necesario redefinir la clasificación, la evaluación y el tratamiento de los síntomas comunes. Son inadecuadas las estrategias diagnósticas que enfatizan las causas orgánicas<sup>11</sup>.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jturabianf@meditex.es](mailto:jturabianf@meditex.es) (J. Luis Turabián).

**Tabla 1** Un caso de “ojo seco”. Lectura biomédica: primero “contexto actual”, luego “contexto reciente” y finalmente “de fondo”. Lectura biopsicosocial: a la inversa.

Dimensiones	Contextos		
	Contexto actual	Contexto reciente	Contexto de fondo
<b>Biológica</b>	Isabel acude a su médico de cabecera por las recetas de los fármacos —varias marcas de lágrimas artificiales— que le prescribieron ayer en urgencias por su nueva enfermedad crónica (“ojo seco”), y donde recalcaron que “era para toda la vida”. El médico le dice que use suero salino fisiológico si precisa, e intenta tranquilizarla sobre esa enfermedad, así como explicarle el riesgo de irritación de los conservantes de las lágrimas artificiales y la relación del ojo seco con la ansiedad	Isabel consultó ayer a la urgencia del centro de salud por dolor ocular y lagrimeo de 4-5 días de evolución que mejora con los ojos cerrados. Refiere fosfógenos, sensación de mareo y de “peso frontal”. La exploración de los ojos y la neurológica fueron normales. Se la envió a urgencias del hospital y la atendió un oftalmólogo que diagnosticó “ojo seco” y la trata con varias marcas de <i>lágrimas artificiales</i> “de por vida”	Isabel, nacida en 1945, presenta obesidad, hipercolesterolemia, litiasis renal, incontinencia urinaria; tuvo una histerectomía a los 40 años. Tiene frecuentes faringolaringitis con intensa tos y cervicalgias y lumbalgias frecuentes —artrosis—, visitas repetidas a rehabilitación por espondilolistesis y estenosis del canal; rechaza laminectomía y artrodesis-06. Ha estado en <i>unidad del dolor</i> por la lumbalgia crónica y le han prescrito tramadol, paracetamol, pregabalina, etc. También visita a traumatología desde hace 4 años. Presenta reflujo gastroesofágico, dolor abdominal de etiología no filiada-95, hipoacusia-prótesis auditiva-04, intolerancia a diversos fármacos
<b>Psicológica</b>	Isabel acude muy angustiada al médico de cabecera, acompañada de su marido, por las recetas de los fármacos —varias marcas de lágrimas artificiales—. “Por si no tenía poco..., ahora otra enfermedad para toda la vida..., ¡¡y en la vista!”	Isabel muestra signos verbales y no verbales de ansiedad en las visitas, y suele venir acompañada por su marido, celador de un hospital. Es normal que haya discusiones o frases irónicas (“A ver si me la cambia por otra de 18”), dice el marido, o gestos especiales que indican problemas de relación de pareja, que en todo caso expresa abiertamente su marido cuando acude solo. Es frecuente que sus consultas se relacionen con problemática familiar. También es frecuente que se ponga a llorar en la consulta o que exprese ansiedad o enfado...	Presenta distimia, conflictos familiares, ansiedad, caforesia tensional, mareo, vértigo y dificultades de ajuste desde hace muchos años, con evolución intermitente. Desde hace años refiere “que se le hincha la vena de la frente y le viene el dolor...”; refiere “bulto” en la frente. Varias TAC/RMN desde hace 10 años han sido normales. Tiene “pesadillas” y cefalea posterior. “Ve hoyos” o “escalones”, desde hace muchos años; al caminar; presenta “mareo” desde hace muchos años; “olvida las cosas”. Tiene episodios de sudoración intensa. “Se ha negado a comer”. “Nadie la tiene en cuenta; las hijas sólo piden...”. El psiquiatría también la ha visitado repetidamente en los últimos 25 años. Insomnio desde hace 20 años: “pasando la noche preocupada en tonterías”. Tratamiento con diversos antidepresivos y benzodiacepinas durante la mayor parte de los últimos 25 años. Toma y deja fármacos alternativamente
<b>Social</b>	Problemas económicos de su hija Virginia que repercuten en	“Su hija Yolanda pide dinero para su boda y no hay...”	Isabel trabaja en casa, está casada con José, ambos nacidos

Tabla 1 (continuación)

Dimensiones	Contextos		
	Contexto actual	Contexto reciente	Contexto de fondo
	Isabel y José. Isabel y su marido dicen que “la pareja previa de Virginia era un gorrón... Y la actual no la ayuda económicamente, tiene problemas de dinero..., y bebe”	“Laura y Yolanda han tenido los embarazos muy jóvenes... les irá mal”. Les ha sentado muy mal que Virginia se quedara embarazada recién separada. “Su pareja actual es un vago”. “Hay problemas con la educación de su primer hijo...”. Pasa algunas semanas en casa con ellos, pero su pareja actual no quiere... “Ella lo cuida mejor que su hija Virginia...”, “Su pareja actual le intenta hacer olvidar sus apellidos”	en 1945, y tienen 5 hijos. Con la mayor, María, nacida en 1969 y casada con un hijo, existen durante mucho tiempo problemas de relación. Su segundo hijo es Jesús, nacido en 1970, casado y con una hija. La tercera es Virginia, nacida en 1974, casada y separada en 2000, con un hijo de esa pareja, y vive con otra pareja de la que tiene otra hija; problemas legales respecto a la separación con juicios aún... Virginia es una consultante frecuente que presenta muchos de los mismos problemas que tiene su madre Isabel, especialmente ansiedad. La siguiente hija es Laura, nacida en 1977, casada y con dos hijos, y finalmente Yolanda, nacida en 1980, que vive con su novio y tiene una hija
RMN: resonancia magnética nuclear; TAC: tomografía axial computarizada.			

Tabla 2 Algunas diferencias entre el concepto de diagnóstico en medicina de familia y hospitalaria

Diagnóstico en medicina hospitalaria	Diagnóstico en medicina de familia
Lo primero es la presentación actual del síntoma (“¿Qué le pasa?”)	Lo primero es el contexto (“¿Quién es y dónde está el paciente?”) y luego se puede pasar a los síntomas.
Primero se descartan las causas orgánicas de los síntomas motivo de consulta, y en ese caso se busca causas psicosociales.	Lo primero es lo psicosocial y luego se puede pasar a lo biológico
Hay un único diagnóstico común para todos los pacientes que presentan los mismos síntomas	Muchos fenómenos de medicina son dimensionales, es decir, existen a lo largo de un continuum en vez de ser categorías discretas. El diagnóstico se realiza mediante un mecanismo similar al del pintor cuando logra resaltar una figura sobre un fondo: “al reconocer los bordes por el contraste”. Así, un mismo problema toma diferentes formas según su fondo; diferentes diagnósticos según contextos
Hacer un diagnóstico es sintetizar o reducir síntomas y signos.	Hacer un diagnóstico es como abrir o desplegar un plano o un mapa que nos llega plegado
Primero es el diagnóstico y luego el tratamiento	El diagnóstico es simultáneo al tratamiento. No hay un momento en que termina uno y comienza el otro. La implicación terapéutica del diagnóstico está en el proceso de establecimiento de una relación. El diagnóstico y el tratamiento comienzan en la entrevista clínica
El diagnóstico es un proceso técnico-intelectual del clínico, donde no interviene el paciente	El diagnóstico es un proceso que experimenta el paciente, más que una tarea intelectual del clínico
El diagnóstico se basa en la exploración física prolija y completa en cuanto llega el paciente, directamente, y se le realiza a todos independientemente del motivo de visita, seguido de pruebas complementarias; la entrevista toma un papel mínimo o se descarta	La medicina, a pesar de la tecnología, sigue siendo una profesión que se refiere a un paciente, un par de oídos, un par de ojos y un par de manos. El médico es su propia tecnología cuando tratamos con personas y no con enfermedades. La anamnesis es más importante que las pruebas complementarias para el diagnóstico

Tabla 2 (continuación)

Diagnóstico en medicina hospitalaria	Diagnóstico en medicina de familia
Es raro el médico que niega el impacto del estrés y los factores emocionales en la existencia y curso de las enfermedades físicas, pero este conocimiento no se aplica en la realidad de la consulta y se obvia en la práctica	Los vectores psicosociales son predominantes en medicina de familia, pero no puede obviarse el hecho de que los problemas inicialmente biológicos repercuten secundariamente en otras esferas y obliga a ser muy estrictos y cuidadosos
Es un diagnóstico de enfermedad. La técnica desplaza al razonamiento (los algoritmos al juicio clínico). El diagnóstico se desplaza de la cabecera del enfermo a la pantalla del ordenador	Es un diagnóstico individual. El juicio clínico contextualizado desplaza a los algoritmos. El diagnóstico se desplaza de la pantalla del ordenador a la cabecera del enfermo
La visión biomédica de la enfermedad promueve un círculo vicioso de más y más tecnología	La tecnología casi siempre conduce a más problemas de los que resuelve. Ubica la tecnología en su lugar: no la ignora, pero tampoco la endiosa
Una vez que se ve al paciente y se lo diagnostica, se produce un cierre del proceso y el pensamiento se detiene	El proceso diagnóstico es impreciso y evoluciona continuamente. El diagnóstico tiene siempre que quedar en movimiento, es dinámico, abierto; nunca termina de estabilizarse (contexto caótico); no tiene punto final

### Como va y viene el viento entre las hojas en un bosquecillo de álamos, como golpes sordos de olas en la oscuridad bajo un malecón

El concepto de diagnóstico en MF es más amplio que el enfoque estrictamente biomédico (tabla 2). A pesar de que las tendencias de medicalización de la vida, la industrialización de la atención de la salud y la politización de la medicina corroen la teoría y la práctica de la medicina<sup>12</sup> y afectan también a las expectativas y comportamientos del paciente (“Si hay algo roto, que se me arregle”), cuya pasividad traslada la responsabilidad sobre la propia salud hacia el sistema sanitario y sus profesionales, el MdF debería esforzarse en incluir en este proceso diagnóstico elementos de autoconsciencia sobre el problema.

### Y de pronto el deshielo..., todo el paisaje ha cambiado

Al clínico reflexivo no se le escapa que las clasificaciones diagnósticas actuales son muy limitadas y que toman las partes —la presentación del problema por el todo—, sin ser capaces de ahondar en los significados. La visión biopsico-social supone una evolución súbita, un salto. Se unen partes separadas. El resultado es una sorpresa. Esto implica también que la historia clínica aporta una cantidad de información sustancialmente mayor que la exploración física, por lo que sería aconsejable que el MdF dedicara más tiempo a la historia clínica cuidadosa que a la exploración física, que podría ser más breve y centrada en los aspectos principales<sup>7,9</sup>.

### Bibliografía

1. Morgan WL, Engel GL. The clinical approach to the patient. London: W. B. Saunders Company; 1969.
2. Leigh H, Reiser MF. The patient. Biological, psychological, and social dimensions of medical practice. New York: Plenum Medical Book; 1992.
3. Weiner SJ. Contextualizing medical decisions to individualize care. Lessons from the qualitative sciences. JGIM. 2004;19: 281–285.
4. Aro AR, Smith J, Dekker J. Contextual evidence in clinical medicine and health promotion. Eur J Public Health 2008;18:548–49. [consultado 18/9/2009]. Disponible en URL: <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/full/18/6/548?etoc>.
5. Heath I, Evans P, Van Weel Ch. The specialist of the discipline of general practice. BMJ. 2000;320:326–7.
6. McWhinney IR. The importance of being different. Br J Gen Pract. 1996;46:433–6.
7. Siebeck R. Medicina en movimiento. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1957.
8. Turabián JL, Pérez Franco B. El entramado específico de la clínica en medicina de familia: implicaciones para la práctica y la formación. Aten Primaria. 2006;38:349–52. [consultado 18/9/2009]. Disponible en URL: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&ip=85.48.43.53&articuloId=13093373&revistaid=27](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=85.48.43.53&articuloId=13093373&revistaid=27).
9. Editoriales. Symptoms and science. JGIM 2007;12:509–10. [consultado 18/9/2009]. Disponible en URL: <http://www.springerlink.com/content/g3658408k7125w50/>.
10. Granel A. Pacientes con síntomas somáticos no explicables. Evid Actual Pract Ambul. 2006;9:176–80.
11. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. Am J Med. 1989;86:262–6.
12. Ceitlin J. Atención primaria y medicina familiar: ¿en un callejón sin salida? Aten Primaria 2008;40:5–6. [consultado 18/9/2009]. Disponible en URL: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13114316>.